

Année 1927

THÈSE

No 121

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Lucien JARRIN

Né à Clamecy (Nièvre), le 24 Janvier 1895

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DU
RHUMATISME CHRONIQUE

Président : M. CARNOT, Professeur

IMPRIMERIE PIERRE GOURJON

54, Rue des Francs-Bourgeois

PARIS

1927

Année 1927

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. Lucien JARRIN

Né à Clamecy (Nièvre), le 24 Janvier 1895

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE
DU
RHUMATISME CHRONIQUE

Président : M. CARNOT, Professeur

IMPRIMERIE PIERRE GOURJON

54, Rue des Francs-Bourgeois

PARIS

—
1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY,
	N.
Clinique médicale.	BEZANÇON,
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN,
	LEJARS.
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEQUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgic.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgic.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgic.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . }
 CLERC . . . } Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expériment.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgic.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBE (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgic.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngolog.
 LEVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgic.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . }
 MOURE . . . } Pathologie chirurgic.
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgic.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphi
 ligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie chirurgic.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.

ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgie.	
AUVRAY . . .		
CHEVASSU . . .		
LAIGNEL-LAVASTINE .		Clinique médicale.
LE LORIER . . .		Clinique obstétricale.
LEREBOULLET		Clinique médicale infantile.

MM.

LERI	} Clinique médicale.	
LÖPER		
MOCQUOT . . .		Clinique chirurgicale.
PROUST		Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .		Clinique chirurgicale.
VILLARET . . .		Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A qui je dois tout.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur CARNOT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, nous adressons l'expression
de notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Messieurs les Docteurs PERRIN ET ARCHAMBAUD
Chirurgien et Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis

*Qui nous ont donné toutes facilités
pour notre travail, nos sincères
remerciements. Internat 1924-1927.*

A Messieurs les Docteurs DERMER ET BERCOVICI
de l'Hôpital de Saint-Denis

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROULLAND

*Avec nos remerciements pour la
sympathie qu'il nous a témoignée
au cours de nos études médicales.*

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, les affections chroniques ont toujours particulièrement attiré notre attention, tant au début où, stagiaire, nous passions avec nos Maîtres devant les lits de cette catégorie de malades, sans autre thérapeutique, le plus souvent, qu'un petit mot de consolation ou qu'un geste tendant à obtenir du patient sa soumission à son sort, que plus tard, lors de nos années d'Internat, où nous assistions, impuissant, à l'évolution du mal, malgré les diverses médications employées.

Le rhumatisme chronique fut le plus fréquemment l'objet de nos soins parce que, généralement, le plus répandu parmi les affections chroniques. C'est sur lui que portèrent nos efforts les plus grands ; ces derniers, récompensés par des résultats sinon parfaits du moins très satisfaisants, nous permettent aujourd'hui d'esquisser l'étude du traitement du rhumatisme chronique par la médication iodée intensive, et plus particulièrement par l'Iodo-Benzo-Méthyl-Formine.

C'est en effet l'iode à haute dose qui nous donna le plus de satisfaction, quelles qu'aient été l'étiologie et la pathogénie de l'affection. Mais, certains accidents pouvant survenir au cours d'un tel traitement, il nous a paru indispensable de n'employer qu'une préparation sûre, et c'est à l'Iodo-Benzo-Méthyl-Formine que nous avons donné notre préférence, parce que douée de toutes les propriétés de l'iode sans en avoir les inconvénients, et joignant à elles celles des produits associés.

Nous passerons d'abord en revue les connaissances actuelles sur le Rhumatisme chronique, afin de pouvoir en tirer des conclusions thérapeutiques sur son traitement, puis nous exposerons les généralités d'iodothérapie et enfin nous aborderons l'étude de l'iodo-benzo-méthyl-formine, qu'illustrerons quelques

cas que nous avons eu l'occasion de traiter par cette préparation et quelques observations qui nous ont été aimablement communiquées.

Mais, auparavant, nous tenons à adresser l'expression de notre bien vive gratitude à tous ceux qui nous ont permis de mener à bien ce travail, tant par leurs précieux conseils, que par leur bienveillance à notre égard, à MM. les Docteurs TIXIER, BRODIN et LIBER ; à MM. BARIÉTY et BIZE, pour l'accueil que nous avons toujours trouvé auprès d'eux, et à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris et des Hôpitaux de Paris et de Saint-Denis, à qui nous devons notre formation professionnelle.



GÉNÉRALITÉS ÉTHIOLOGIQUES

sur le

RHUMATISME CHRONIQUE

Historique

Le rhumatisme chronique a existé de tout temps : aussi loin que l'on puisse en faire remonter les recherches, on en trouve les traces. La période préhistorique même en donne la preuve, par les travaux de Marcel BAUDOIN, qui montra des ossements provenant des sépultures néolithiques de Vendrest (Seine-et-Marne), présentant des lésions caractéristiques d'ostéo-arthrite déformante. Les Egyptiens et les Romains en étaient fréquemment atteints et les fouilles de Pompéi nous apprirent son existence au premier siècle de l'ère chrétienne.

Cependant, l'étude n'en a commencé qu'au début du siècle dernier : LANDRÉ-BEAUVAIS et HÉBERDEN différencient le rhumatisme de la goutte ; COLLES et ADAMS mettent en évidence les lésions caractéristiques du rhumatisme chronique déformant ; enfin CHARCOT, en 1890, en fait une étude approfondie et en reconnaît trois types fondamentaux. Le morcellement ainsi commencé est continué, de nos jours, grâce aux découvertes de nouvelles méthodes d'investigation.

Actuellement, on s'attache tout particulièrement à préciser la nature du terrain rhumatismal ou de l'arthritisme, dans l'origine du rhumatisme chronique, malgré PONCET, qui s'est élevé contre cette notion « *qui vit de notre ignorance de l'élément causal des maladies dites arthritiques* », et LÉCORCHÉ, qui demandait qu'on définisse d'abord l'arthritisme avant de discuter. C'est qu'en effet le nombre des définitions proposées n'est là que pour prouver l'imprécision, le vague, le confus de cette notion de diathèse arthritique. Pour BOUCHARD, dont la définition est peut-être la plus acceptable, l'arthritisme, « *c'est un tempérament morbide, ou encore une manière d'être de l'organisme, l'incitant à réagir d'une façon particulière à des causes morbides* ». Mais il n'en est pas moins vrai qu'on a beaucoup abusé de ce terme ; d'ailleurs, cette définition est encore bien incomplète et bien imprécise, et n'explique pas cette localisation du côté des articulations.

POMMER et BENECKE l'ont expliquée par la suractivité fonctionnelle des articulations, jointe à l'action du froid humide. Mais il est certain que l'influence d'une prédisposition, de troubles primitifs, favorise l'action de l'agent traumatique, ainsi que de l'agent infectieux ou toxique.

Au point de vue clinique, l'affection est assez bien définie par les grands éléments suivants : douleur, diurne ou plus souvent nocturne, empêchant le sommeil, survenant par crise ; lenteur de l'évolution, en 10, 20, 25 ans, pendant lesquels tous les symptômes s'accroissent progressivement ; tendance à la déformation des extrémités osseuses en présence d'une ankylose fibro-osseuse rendant les mouvements de plus en plus pénibles et la rigidité des articulations telle que le sujet, complètement impotent, ne peut accomplir qu'avec difficulté les actes indispensables et reste bientôt confiné dans un fauteuil ou dans son lit, incapable de se servir.

Classification des Rhumatismes Chroniques

« La plupart des rhumatismes chroniques sont encore aussi peu connus à notre époque que l'étaient les affections de l'appareil circulatoire avant Laënnec », disait SIREDEY, à la Société Médicale des Hôpitaux, en mars 1915.

Aussi, rien de plus difficile que d'établir une classification exacte des rhumatismes chroniques d'après les trois facteurs ordinaires : aspect clinique de la maladie, substratum anatomopathologique et agent pathogène. Nombreuses sont les classifications des rhumatismes chroniques ; mais les plus communes parce que, d'abord, les plus logiques et les plus claires, sont les classifications étiologiques, dont voici les principales :

M. J. TEISSIER a d'abord donné les trois grandes classes suivantes :

- I. Rhumatisme Chronique succédant à une infection ;
- II. Rhumatisme Chronique dyscrasique ou toxique ;
- III. — Rhumatisme Chronique déformant proprement dit.

Puis, admettant le facteur commun : prédisposition — « *Ne fait pas du rhumatisme chronique qui veut* » — TEISSIER admet les trois groupes suivants :

I. — Terrain rhumatismal et infection anonyme : rhumatisme chronique déformant progressif, maladie de misère, de froid humide prolongé.

II. — Terrain rhumatismal et infection spécifique : rhumatismes chroniques tuberculeux, syphilitique, blennorragique, scarlatin, grippal.

III. — Terrain rhumatismal et intoxication : rhumatismes chroniques goutteux, thyroïdien.

Enfin, M. G. RATHERY, considérant les formes cliniques accompagnant chacun de ces groupes, propose la classification suivante :

Formes symptoma- tologiques	{	Rhumatisme généralisé. Rhumatisme chronique déformant.		
		Rhumatisme partiel	Type ostéo-articulaire, arthrite sèche. Type fibreux. Type musculaire.	
Formes étiologiques	{	Rhumatismes chroniques essentiels	{	Formes simples { Infectieux, Toxiques.
				Forme mixte : Rhumatisme chronique progressif de CHARCOT.
		Rhumatismes chroniques secondaires	{	Formes simples { Traumatique.
				Infectieux { Rhumatisme ai- gu, tuberculeux, gonococcique, sy- philitique, scarla- tin, puerpéral, dysentérique.
				Intoxications { Plomb. Alcool.
	{		{	Auto- intoxication { Rhumatisme Goutteux. Rhumatisme Biliaire. Rhumatisme Thyroïdien. Rhumatisme Ovarien.
				Forme mixte : d'ordre gonococ- cique, tuberculeux, etc.

Ce ne sont pas là, d'ailleurs, des définitions définitives : l'étude du rhumatisme chronique est en pleine évolution, mais on aperçoit, malgré le démembrement progressif du rhumatisme chronique, le rôle de plus en plus grand de l'infection dans l'étiologie de cette affection et son rapport constant avec l'arthritisme.

Le terrain rhumatismal, d'ailleurs, n'est pas individuel : l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie, et l'on peut voir des familles de rhumatisants.

Moindre est l'importance de l'humidité, à laquelle cependant, ROQUE et TEISSIER donnent une part importante ; il faut, malgré tout, reconnaître que bien souvent le froid humide prolongé est un facteur que l'on retrouve chez bon nombre de rhumatisants et qu'il est encore, avec l'arthritisme, la seule cause connue du rhumatisme chronique progressif déformant, d'après TEISSIER et CHARCOT. Le froid humide agirait en altérant l'état des cellules et en libérant des toxines qui provoqueraient une pachyméningite toxique, ou bien ce serait dans les moisissures qui existent dans les endroits humides que se trouverait l'agent pathogène du rhumatisme chronique déformant.

A l'heure actuelle, une réaction se dessine et certains auteurs pensent de cette notion de « maladie à frigore », ce que pensait PONCET de celle d'arthritisme. Laissant à l'humidité le rôle de cause prédisposante, ils donnent nettement à l'infection celui de cause déterminante.

Les uns, avec PONCET, ROQUE et TEISSIER, admettent la tuberculose, ou une paratuberculose comme maladie primitive. Les autres, avec DUFOUR, accusent la syphilis acquise ou héréditaire. Des auteurs étrangers nomment des agents pathogènes divers. Enfin, ROQUE et TEISSIER, frappés de la ressemblance de certains signes du rhumatisme déformant et des affections du système nerveux, considèrent le rhumatisme déformant comme une affection d'ordre neurotrophique, mais il se peut que, dans ce cas, la syphilis soit la cause commune des lésions nerveuses et du rhumatisme.

De ce rapide coup d'œil sur l'étiologie du rhumatisme chronique, il appert :

1^o Que l'arthritisme ou terrain rhumatismal a un rôle primordial et commun dans toutes les formes de l'affection ;

2^o Que l'infection ou l'intoxication gagne du terrain de jour en jour et qu'en conséquence le chapitre du rhumatisme chronique déformant essentiel doit se réduire progressivement.

A une date qui ne saurait tarder, il ne restera plus, croyons-nous, que les deux grandes classes de rhumatisme chronique infectieux et rhumatisme chronique toxique, tous deux évoluant sur un terrain spécial, le terrain arthritique.



TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE

Généralités

Le traitement du rhumatisme chronique est assez complexe. Si le malade demande bien souvent tout d'abord une thérapeutique symptomatique d'urgence, il ne faut pas se contenter de s'y cantonner et oublier que chaque forme demande un traitement particulier en rapport avec l'agent pathogène en cause. Or, ce dernier ne peut être l'auteur du rhumatisme chronique que sur un terrain spécialement préparé. C'est donc la diathèse arthritique, état qui permet l'action nocive de la cause morbide, qu'il faudra tout d'abord modifier.

La précision du diagnostic est donc une condition nécessaire à l'institution d'un traitement efficace.

Le nombre des thérapeutiques préconisées prouve surabondamment qu'aucune d'elle n'est spécifique ; néanmoins, il faut reconnaître que, trop souvent, les échecs ne sont dus qu'à des traitements mal conduits.

Le traitement symptomatique ici est d'une grande importance ; c'est ainsi qu'en luttant contre le symptôme douleur, on supprime la contracture réflexe et il est, par suite, possible d'obtenir des mouvements qui, autrement, auraient été impossibles, de récupérer un certain degré de mobilité et de diminuer ainsi, dans une notable proportion, l'impotence fonctionnelle. Toutefois, l'amélioration ainsi obtenue ne peut être que passagère, si l'on ne joint pas, au traitement précité, celui qui doit lutter contre l'infection ou l'intoxication, et celui qui doit rétablir dans leur intégrité, les fonctions troublées par l'état arthritique.

Du traitement de la cause morbide, nous ne dirons que quelques mots. C'est, d'ailleurs en général, celui de l'infection ou de l'intoxication en cause. C'est ainsi que le rhumatisme chronique d'origine blennorragique se verra heureusement influencé par le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur en injections intra-musculaires ; le rhumatisme tuberculeux, par l'hygiène générale du tuberculeux ; le rhumatisme chronique syphilitique, par le traitement spécifique.

Nous donnerons seulement ici quelques indications sur le traitement de chaque forme de rhumatisme chronique, pour ensuite nous étendre davantage sur le traitement de la diathèse arthritique.

Traitement des différents formes

Rhumatisme chronique de nature rhumatismale :

Ce rhumatisme, secondaire à une crise de rhumatisme articulaire aigu, à l'encontre des autres formes où le salicylate de soude est d'une inefficacité désespérante, sera souvent amélioré par ce médicament administré soit par ingestion, soit par injections sous-cutanées ou intra-veineuses.

Rhumatisme chronique blennorragique :

L'immobilisation immédiate en bonne position calmera vite les douleurs et évitera les déformations vicieuses. Mais l'ankylose sera la plupart du temps le malheureux résultat de cette thérapeutique. Aussi, dès la période aiguë passée, faudra-t-il mobiliser, joindre l'électrisation des muscles et les courants de haute fréquence aux massages, aux douches d'air chaud et aux bains de lumière, afin de lutter, autant que possible, contre les tendances à l'ankylose qui seront malgré cela très souvent insurmontables.

Les méthodes de sérothérapie et d'antosérumthérapie préconisées par MICHON et MILLET auraient donné de bons résultats. Le salol, l'uroformine et les lavages aseptiques de la vessie pourront, en tarissant une vieille gonorrhée, contribuer à limiter le processus.

Rhumatisme chronique tuberculeux :

Les malades porteurs de cette affection seront, au point de vue général, considérés comme des tuberculeux, et l'hygiène aura en conséquence une importance capitale dans le traitement : la vie au grand air, le climat marin, la bonne alimentation, seront les règles à observer scrupuleusement. Contre les douleurs, on fera des frictions ou des applications salicylées ou gaiacolées suivies d'enveloppements ouatés, de la révulsion locale, et même, en cas d'algies rebelles et intolérables, on recommande l'abcès de fixation par la térébenthine comme médication héroïque.

Les bains de boue seront également conseillés. On se méfiera par contre du traitement thermal, qui, en bien des cas, semble donner un coup de fouet à certaines arthrites tuberculeuses.

Rhumatisme chronique syphilitique :

Les médicaments spécifiques n'ont pas, malgré l'optimisme de DUFOUR, qui signale des résultats parfois surprenants, l'influence héroïque qu'on en pourrait attendre. Néanmoins, c'est le traitement à instituer, et à côté des échecs on notera assez souvent une atténuation des douleurs et un arrêt dans la marche de l'affection.

Rhumatisme chronique gouteux :

C'est le traitement diététique, ici, qui tiendra la première place ; on restreindra l'alimentation carnée et les alcools, et on recommandera l'usage habituel du laitage et des légumes verts, sauf ceux riches en oxalates : oseille, épinards, rhubarbe, petits pois. L'hygiène de la peau et les exercices méthodiques seront également recommandés et l'on stimulera les diverses fonctions de l'organisme.

Contre les douleurs, on aura recours aux applications locales calmantes, à l'air chaud, à la haute fréquence. Enfin, les propriétés radio-actives des eaux de Nérès, Luxeuil et Plombières donneront parfois de bons résultats.

On essaiera également les médications anti-goutteuses, le phényl-cinchoninate-d'allyle (atoquinol), en particulier, à raison de un cachet de 0 gr. 50 par jour, quinze jours par mois, ou trois cachets en cas de poussées goutteuses.

Rhumatisme chronique d'origine thyroïdienne :

La thyroïdothérapie sera mise en œuvre dans ce rhumatisme conditionné par le dysfonctionnement de la glande thyroïde, caractérisé principalement par des signes d'insuffisance et d'irritabilité thyroïdienne : myxœdème plus ou moins caractérisé, petits signes thyroïdiens, mais avec prudence, car s'il s'agit d'un sujet hyperthyroïdien, il arrivera que cette médication, sera mal tolérée. Dans ce cas, on donnera de très faibles doses de poudre thyroïdienne, et on essaiera de la faire tolérer en lui associant de la valériane et de l'arsenic, ou bien on emploiera des produits d'animaux éthyroïdés. Si, malgré ces précautions, on observe des poussées articulaires avec gonflement, douleur, fièvre, on interrompera la médication. En tout cas, la thyroïdothérapie sera contr'indiquée chez les tuberculeux, dont les lésions pulmonaires sont généralement fâcheusement influencées par l'opothérapie thyroïdienne, d'après SERGENT.

Cette médication est indiquée également dans le rhumatisme chronique progressif essentiel. En effet, dans cette forme, dont on ne connaît pas encore la cause morbide, la glande thyroïde n'est pas normale ; les lésions portent sur les follicules qui sont fortement dilatés et le tissu interstitiel qui est hypertrophié.

Rhumatisme chronique ovarien :

On essaiera l'opothérapie ovarienne.

En outre, dans toutes ces formes, on mettra en œuvre les massages, la galvanisation et la faradisation pour combattre l'amyotrophie, moyens qui pourront parfois en suspendre l'évolution.

Dans les formes douloureuses, les médications analgésiques et aussi la galvanisation dont on utilise l'action calmante de l'anode, rendront des services.

L'air chaud, les bains chauds, les compresses chaudes, les cataplasmes, les sacs d'eau chaude ou de sable chaud, seront également employés.

Enfin, le traitement iodé, qui fera l'objet d'un chapitre spécial, paraît à ce jour, celui dont l'action est la plus constante sur les manifestations du rhumatisme chronique dans toutes ses formes, en même temps que le sédatif de choix.

Traitement de la Diathèse Arthritique

Nous ne possédons actuellement que des connaissances fort vagues sur la notion d'arthritisme ; c'est ce qui explique la difficulté du traitement et la diversité des moyens thérapeutiques employés ou préconisés, dont le nombre n'est là que pour prouver l'inconstance des résultats.

Il est fort probable que la diathèse arthritique est due à la perturbation des échanges nutritifs. Mais quels sont exactement les troubles du métabolisme existant chez les rhumatisants chroniques ?

TEISSIER affirme qu'il y a diminution de l'excrétion de l'urée et de l'élimination des phosphates. Il y aurait également des troubles du métabolisme calcique (hypercalcémie) et diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. BARJON admet

un syndrome urologique rhumatismal, consistant en diminution de tous les éléments de l'urine, sauf de l'acide urique et des chlorures, qui seraient au contraire augmentés.

Quelle que soit la théorie admise, on doit admettre, avec BOUCHARD, pour les résumer toutes, que la diathèse n'est pas la maladie : elle n'est que la prédisposition à un groupe de maladies ; c'est un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient les maladies, et qu'en particulier le ralentissement préalable de la nutrition est la caractéristique de la diathèse arthritique.

De nombreux moyens ont été mis en œuvre pour modifier ce « tempérament morbide ». Mais on peut dire qu'aucun d'eux n'a été établi sur des bases solides et que ce n'est guère que par tâtonnements qu'ils ont été employés, d'où les échecs sans nombre obtenus à la place des succès escomptés.

Dans tous les domaines, une hygiène générale bien réglée, telle sera, d'abord, la règle du candidat au rhumatisme chronique.

Il évitera la sédentarité : faire des exercices physiques journaliers, sans atteindre la fatigue, par exemple une marche d'une heure après les repas. La gymnastique, la bicyclette, l'équitation, la chasse, l'escrime, le canotage pratiqué modérément, auront pour effet de favoriser l'élimination des corps chimiques qui altèrent le sang et l'hématose, ces exercices se faisant au grand air.

Il évitera les excès de travail intellectuel et le surmenage nerveux.

Il prendra des soins de la peau : bains chauds salés, frictions sèches, bains de vapeur, pour favoriser la sudation.

Il prendra surtout soin de son tube digestif et de son alimentation : mastiquer longuement et soigneusement afin d'éviter le surmenage digestif et les auto-intoxications consécutives, surveiller les fonctions digestives, éviter surtout les excès de nourriture et de boisson, combattre la constipation chronique ou accidentelle, point de départ des résorptions toxiques.

Il suivra un régime alimentaire : modérer la viande ; n'en prendre qu'à un repas seulement par exemple et exclure les chairs d'animaux en formation, les viandes fumées, la charcuterie, le gibier ; prendre des légumes verts et des fruits cuits, sauf l'oseille, les épinards, la rhubarbe, les petits pois, riches en oxalates ; supprimer le cacao et le chocolat, les liqueurs, les vins fins, la bière forte, le cidre vieux, le café, le thé ; prendre du lait, de l'eau alcaline (Vittel, Evian, Contrexéville) qui, en agissant sur le foie améliorera toutes les fonctions, des vins légers et des infusions diurétiques.

Enfin, il évitera le froid humide, les variations brusques thermométriques, hygrométriques, barométriques, le climat marin, les altitudes élevées.

Ces règles d'hygiène qui auront une importance capitale sur les sujets arthritiques en instance de rhumatisme, seront également à suivre par les rhumatisants confirmés ; elles aideront de leurs bienfaits les médicaments dans leur œuvre de régénérescence des fonctions troublées par la diathèse arthritique.

Comme moyens thérapeutiques mis en œuvre, voici les principaux :

Les boues chaudes et les sources chaudes d'eaux minérales par combinaison de la douche et du massage, ont été les premiers agents employés, et c'est à Dax et Balaruc pour les premières, Aix-les-Bains en Savoie, Bourbon-l'Archambault, Chaudesaigues pour les secondes, que vont, depuis longtemps les rhumatisants chroniques recevoir les effets favorables de ce traitement. Mais l'action salubre de ces stations thermales ne peut se transporter à distance et le traitement réclame en conséquence des déplacements et un changement de vie fort coûteux. Les mêmes agents, en effet, transportés loin de leur origine et portés ensuite à la température initiale n'ont pas de vertu thérapeutique.

Cette particularité a obligé d'attribuer leur efficacité à la radio-activité, et de là il n'y eut qu'un pas à l'emploi de la radium et radio-thérapie. Les substances radio-actives ont une réelle action analgésique et des expériences sur animaux ont permis à G. PETIT de localiser l'action des produits injectés sur les centres nerveux, les os et la moelle osseuse. Elles accélèrent surtout les combustions organiques, activent les diastases leucocytaires et hépatiques, stimulent la sécrétion rénale. Elles sont, à petites doses, des stimulants de l'activité cellulaire et par conséquent tissulaire. Mais le prix du sel de radium en prohibe l'emploi.

SERR, de Toulouse, a rapporté un cas traité heureusement par des boues radio-actives actinifères préparées industriellement.

LÉRI a employé le bromure de thorium X et a remarqué la sédation de la douleur dans plusieurs cas. Malheureusement, le succès n'a pas été général : certains cas n'ont vu aucune amélioration, d'autres n'ont eu qu'une cessation passagère des douleurs. De plus, ce produit se détruirait rapidement : en trois jours il perdrait une bonne partie de son efficacité, au bout de huit jours il n'aurait plus que 27 0/0 de son activité primitive, laquelle serait totalement disparue vers le 17^e jour. LAIGNEL-LAVASTINE a, de plus, signalé un cas d'anémie pernicieuse consécutive à des injections multiples de thorium X.

Le soufre, récemment, a été employé, principalement en mélange à 1 0/0 avec l'huile d'olive, en injection intra-musculaire. Là encore le médicament a surtout agi sur l'élément douleur et d'une façon très inconstante.

Des auteurs allemands ont vanté, ces derniers temps, une préparation de composition chimique inconnue, le Sanarthrit, qui, en dix injections, donnerait des résultats satisfaisants, mais des précisions manquent à ce sujet.

On a aussi recommandé une préparation de lait, le Caséosan, ou plus simplement des injections de lait stérilisé ; des résultats auraient été obtenus par cette méthode sur les douleurs et les mouvements des jointures atteintes qui auraient recouvré une certaine liberté.

La médication opothérapique, surtout l'opothérapie thyroïdienne, dont le rôle dans le métabolisme des protéines et de la chaux est connu, ainsi que son action animatrice de la nutrition, en augmentant les combustions et stimulant les échanges, est employée avec succès parfois, ainsi que, accessoirement, l'opothérapie surrénale, hypophysaire, ovarienne, dont les indications sont encore mal précisées et l'opothérapie hépatique dont l'action stimulante du foie serait, d'après certains auteurs, d'une incontestable utilité. Mais l'opothérapie thyroïdienne ne peut être employée impunément, dont on connaît les méfaits signalés par SERGENT dans la tuberculose pulmonaire déclarée ou latente, dont elle peut provoquer le réveil ou l'éclosion.

On a préconisé les solutions colloïdales métalliques : argent, or, silénium et métalloïdiques : soufre, iode, manganèse, qui favoriseraient l'activité diastasique et stimuleraient la leucocytose.

LATHAM, de Cambridge, a préconisé la révulsion répétée sur la colonne vertébrale dorso-lombaire, dans le but d'agir sur les centres trophiques médullaires.

Les bains de lumière, l'héliothérapie, donneraient parfois des résultats satisfaisants, mais passagers. HENDRIX, auteur belge, a signalé, en 1925, deux cas très améliorés sous l'influence de l'héliothérapie artificielle et des rayons ultra-violets.

ARTAULT signale l'avantage de l'emploi de la lymphothérapie, qui agit en empruntant au malade ses propres moyens de défense, et en les exaltant plus rapidement et plus efficacement que les vaccins, plus longs à employer.

LÉVY-FRANCKEL, JUSTER et LACROIX ont jugulé la douleur des rhumatisants chroniques par des injections d'insuline, à raison de neuf ou dix d'un centimètre cube chacune, représentant environ quinze unités cliniques par centimètre cube. Ils expliquent qu'ils ne peuvent déterminer exactement son mode d'action, mais que, étant donné le dysfonctionnement des glandes endocrines et notamment de la glande thyroïde dans le rhumatisme chronique ; il peut se faire que l'insuline agisse sur la sécrétion de cette glande.

Enfin, le traitement iodé a été vanté par nombre d'auteurs et c'est lui qui paraît, actuellement, le plus puissant modificateur de la diathèse arthritique, en même temps que le traitement le plus pratique.

Emploi de l'Iode

Depuis les temps les plus reculés, l'iode a été utilisé d'une façon d'ailleurs tout à fait empirique. Bien avant la découverte de COURTOIS, en 1813, on faisait manger aux malades atteints de « douleurs », de « goutte », de goîtres ou de ganglions, du cresson, des éponges calcinées, etc.

L'iode isolé et employé en thérapeutique dans une multitude d'affections générales, on utilisa ses sels, iodures potassique ou sodique. Durant de longues années, l'iodure fut un des traitements les plus employés des rhumatismes chroniques.

Les propriétés même de l'iode le désignaient comme le traitement spécifique du rhumatisme.

On connaît le pouvoir hautement antiseptique de l'iode chaque jour démontré en chirurgie. De plus, l'iode libre ou combiné s'utilise en bactériologie pour tuer des cultures ou atténuer les toxines microbiennes. Le Professeur POUCHET et Mlle LACHERET ont démontré le rôle antitoxinique de l'iode : il détruit les toxines microbiennes.

L'iode se diffuse très rapidement dans l'organisme, atteignant les moindres cellules de l'organisme, et d'autre part s'éliminant facilement par les reins, les poumons et les glandes sudoripares.

LORTAT-JACOB a prouvé expérimentalement que l'iode agit sur le milieu sanguin en déterminant une hyper-leucocytose très intense suivie bientôt d'une poussée de mononucléose.

Dans le rhumatisme chronique, tous ces moyens sont mis en action.

L'iode, par son rôle antiseptique et antitoxinique, par sa faculté d'exciter tous les moyens de défense de l'organisme, a une action de premier ordre dans la lutte contre l'agent pathogène de l'affection : on sait actuellement la grande part que prend, dans l'étiologie, l'élément « infection. »

L'iode, par sa faculté de modifier la nutrition, rétablir le métabolisme basal, régulariser et stimuler les divers appareils de

l'économie, rétablit l'ordre troublé de l'organisme par l'arthritisme, diathèse que nous savons être à la base du rhumatisme chronique.

Enfin, l'iode est le seul stimulant spécifique des sécrétions endocrines, et par là même agit favorablement sur l'évolution de l'affection, chez laquelle nous n'ignorons pas la déficience des glandes à sécrétion interne, notamment de la thyroïde.

Ces actions multiples et complexes de l'iode en font un élément de traitement de premier ordre.

Malheureusement, l'iodothérapie, malgré ses nombreux bienfaits, donne parfois des résultats contraires à ceux escomptés : les accidents dus à la médication iodée sont rares, et la gravité de ceux-ci est exceptionnelle ; mais il faut cependant se rappeler de leur existence et de leur apparition sans causes connues et sous des doses quelconques, minimales parfois, d'iodure surtout, quelle que soit la voie d'introduction.

C'est ainsi que l'estomac en particulier montre souvent des signes d'intolérance : aigreurs et vomissements. Les poumons réagissent fréquemment contre l'iode et les iodures par des phénomènes congestifs violents, démontrés par LORTAT-JACOB, d'où l'inconvénient de son emploi chez les pulmonaires avancés et les hémoptisiques. LEVASSORT a décrit les oreillons iodiques. SHIMAK a signalé sept cas de maladie de Basedow par ingestion d'iode ou d'iodure en quantité minime, mais pendant longtemps ; EIMER, un autre cas après quarante jours d'un traitement iodé, et BEIMHOLD, une intoxication mortelle par l'emploi pour la cuisine, d'un sel spécial, l' « halkajod », contenant 0 gr. 04 d'iodure de potassium par kilo de NaCl, au lieu de 0,005 dans le sel ordinaire.

A côté de ces accidents dont la gravité mérite d'être signalée, existe ce qu'on appelle le *petit iodisme*, qui se manifeste par du larmolement et de l'enchifrènement, par de la sécheresse de la gorge et de la salivation, par des éruptions cutanées et des œdèmes superficiels douloureux, par l'œdème de la glotte.

Devant ces accidents, en général, il n'y a aucune hésitation : on diminue les doses prescrites du médicament, ou même on supprime radicalement iode et iodures ; malheureusement on écarte, du même coup, les bienfaits de la médication iodée, et on se trouve désemparé devant l'affection en cours.

Il est, en conséquence, de la plus haute importance de n'employer l'iode et ses dérivés qu'avec circonspection, ou mieux, l'iodisme pouvant éclater à la suite de doses minimales d'iodure et de façon tout à fait imprévisible, de n'utiliser l'iode qu'à l'état de composé, de combinaison, facilement supportée et ne donnant aucun signe d'intolérance, quelle que soit la dose employée.

Les premiers composés iodés utilisés furent les iodures de potassium ou de sodium, dont nous avons vu les inconvénients. On y associa le bromure dans les formes mono-articulaires ou nerveuses.

Le sirop iodotannique, le sirop d'iode de fer, le sirop iodo-tanni-phosphaté, arsénié, furent également employés avec succès.

A l'iode, on a encore associé la teinture d'iode, dans une formule communément employée il y a quelques années encore :

Iodure de potassium.	5 gr.
Teinture d'iode	0 gr. 05
Eau distillée.	300 gr.

Trois cuillerées à potage par jour.

Plus récemment, M. Israël DE JONG et Mlle WOLFF (1) ont montré tout l'intérêt de l'association du traitement salicylé et iodé. Les cas les plus favorablement influencés ont été surtout des cas de réveil chez des anciens rhumatisants aigus ou des poussées subaiguës chez les rhumatisants chroniques adultes ou âgés. Chez ceux-ci, l'injection d'iode ou de produit iodé composé à forte dose dans une région voisine de l'articulation douloureuse combinée à l'emploi de salicylate de soude en ingestion a été beaucoup plus efficace que l'emploi de chacun de ces médicaments fait séparément.

Tous ceux qui ont préconisé le traitement iodé des rhumatismes chroniques ont insisté sur la nécessité d'employer des doses élevées. Il est donc indispensable de s'adresser à un composé iodé permettant ces doses fortes sans avoir à redouter d'intoxication.

Nous avons porté notre choix, nous l'avons dit, sur l'Iodo-Benzométhyl-Formine, corps depuis longtemps utilisé par le Dr DUFOUR (de l'Hôpital Broussais) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à évolution lente. Il a depuis longtemps insisté sur l'innocuité de cette médication sur des organismes particulièrement susceptibles comme les tuberculeux.



(1) Société Médicale des Hôpitaux, 4 Décembre 1925.

L'IDO-BENZOMÉTHYL-FORMINE

L'Iodo-Benzométhyl-Formine n'est pas de l'iode, mais un corps nouveau, individualisé, résultant de la réaction de l'iode sur l'urotropine en présence d'un éther benzométhylque. Cristallisé, dialysable, très soluble dans l'eau, l'Iodo-Benzométhyl-Formine a le grand avantage d'être injectable soit dans les veines, soit dans les muscles.

Le Professeur PANISSET, de l'Ecole d'Alfort, a montré l'innocuité de l'Iodo-Benzométhyl-Formine pour les éléments du sang. Elle n'hémolyse pas (1).

Dans ce corps nouveau, la molécule *Iode*, qui est dans une proportion de 42 0/0, conserve ses propriétés fondamentales, tandis que l'association supprime les effets toxiques du médicament. Son métabolisme est également considérablement accru, ainsi que l'ont prouvé les expérimentations entreprises dans les Laboratoires de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort et, de ce fait, son action est décuplée.

Enfin, à l'effet *Iode* vient s'ajouter l'action *Urolopropine* avec son pouvoir antiseptique puissant, ses propriétés hépatiques si précieuses dans ces infections chroniques pour lesquelles nous avons vu l'importance des organes d'élimination.

Nous avons administré l'Iodo-Benzométhyl-Formine en injections intra-veineuses, rarement en injections intra-musculaires.

Le manuel opératoire est celui des injections intra-veineuses en général. Nous avons de préférence choisi les veines du pli du coude. Nous avons toujours pris soin de pousser l'injection très lentement pour éviter la sensation de saveur métallique ressentie parfois dans la bouche lorsque le liquide est injecté trop rapidement. L'injection intra-veineuse a l'avantage d'être plus active, absolument indolore, elle ne sclérose pas la veine, de sorte que les injections peuvent être répétées chaque jour.

Elles seront faites de préférence loin des repas pour éviter même le plus petit malaise.

Les doses employées ont été d'abord de 5 cc. d'une solution au 1/10^e, puis de 10 cc. répétées matin et soir, soit 10 cc. par 24 heures d'abord, puis 20 cc. continuées en séries de douze

(1) PANISSET, Communication à la Société de Pathologie Comparée, 20 Février 1926.

jours de traitement séparées par quelques jours de repos. Il est indispensable de continuer la médication un certain temps pour consolider le résultat obtenu.

L'injection intra-musculaire devra se faire en plein muscle ; elle provoque parfois une sensation de cuisson passagère, mais est résorbée de suite et ne laisse jamais aucune nodosité.

Dans les très nombreuses injections d'Iodo-Benzométhyl-Formine, tant intra-veineuses qu'intra-musculaires, nous n'avons jamais eu à déplorer le moindre incident. Nous n'avons jamais constaté, quelle que soit la durée du traitement et les doses employées, aucun phénomène d'iodisme ni aucun signe d'intolérance."

Quelles sont les formes de Rhumatisme relevant de la médication par l'Iodo-Benzométhyl-Formine ?

Tous les rhumatismes chroniques relèvent à des degrés divers du traitement iodé.

Dans les *douleurs rhumatismales* saisonnières et souvent très rebelles, deux ou trois séries d'injections d'Iodo-Benzométhyl-Formine à des doses moyennes, 5 cc. matin et soir, amèneront une guérison complète.

Dans les formes de rhumatisme chronique avec gros œdème articulaire et impotence fonctionnelle, on augmentera ces doses et on devra surtout les poursuivre plus longtemps.

Quant au rhumatisme déformant progressif, cette affection si rebelle et si décevante, dont souvent rien ne parvient à enrayer la marche, on administrera les doses élevées progressives, pouvant atteindre jusqu'à 5 et 6 ampoules de 5 cc. par 24 heures, mais ici on aura toujours soin d'injecter l'Iodo-Benzométhyl-Formine à doses progressives pour éprouver la susceptibilité du sujet. Il conviendra souvent d'adjoindre au traitement iodé le régime et la médication opothérapique ainsi que nous l'avons dit précédemment.

RÉSULTATS

Au cours du traitement du rhumatisme chronique par l'Iodo-Benzométhyl-Formine, voici, dans l'ordre d'apparition, les résultats que l'on obtient :

D'abord la cessation des douleurs, qui est souvent rapide ; en quelques injections seulement, trois ou quatre parfois, il y a une grande amélioration : les crampes nocturnes ne surviennent plus et les douleurs qui réveillent le malade ne viennent plus troubler son sommeil. Entre la huitième et la douzième injection, en général, les douleurs continues s'atténuent, pour disparaître complètement et permettre ainsi la récupération de certains mouvements.

Lors de la deuxième série d'injections, on voit disparaître progressivement les craquements, fondre pour ainsi dire les œdèmes et les tissus néo-formés. Les mouvements, alors, déjà facilités par la disparition de la douleur, deviennent de plus en plus libres par guérison des lésions d'ostéo-arthrite et disparition de l'hyperostose, qui conditionne l'ankylose.

Enfin, les malades ainsi traités sont unanimes à accuser spontanément une sensation de bien-être général qui semble les envahir. Le sommeil revient le premier, complet et réparateur ; l'appétit apparaît le plus habituellement vers la fin de la première série d'injections ; le malade augmente de poids, jusqu'à deux et trois kilos par mois ; une euphorie de bon aloi s'empare de lui.

Par la continuation du traitement après ces améliorations obtenues, on consolide ces résultats, on porte à l'extrême limite les progrès de la guérison, et après trois ou quatre séries, en général, même dans les cas sérieux, la douleur et les craquements ne reparaissent plus, l'amplitude des mouvements atteint les limites que permettent les déformations et l'ankylose établies, irréductibles, l'état général devient et reste parfait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Service du Professeur CARNOT, Hôpital Beaujon.
Rhumatisme chronique des deux poignets avec synovite des tendons extenseurs.

Mme C., veuve R., âgée de 55 ans, entre à l'Hôpital Beaujon le 3 septembre 1926, où elle occupe le lit n° 13 de la Salle Gubler, service du Professeur CARNOT.

Elle se plaint de douleurs intenses dans les deux poignets, lorsqu'elle leur imprime le moindre mouvement.

A l'examen, on se rend vite compte que la malade présente du rhumatisme de ces deux articulations avec synovite des tendons extenseurs.

La température est normale, et la réaction de B. W., faite quelques jours après son entrée, est négative.

Du 3 au 13 septembre 1926, elle subit un traitement consistant en :

Enveloppements au salicylate de méthyle ;

Ingestion quotidienne de : Salicylate de soude }
Bicarbonate de soude } à 4 gr.

Aucune amélioration n'apparaît.

On cesse, et on lui fait alors une série de douze injections de 5 cc. d'iodo-benzométhyl-formine par voie intra-musculaire.

La sédation de la douleur ne se fait pas attendre ; dès la sixième piqûre, la malade annonce un soulagement réel, ce qui lui permet de récupérer une bonne partie de ses mouvements.

L'amélioration est progressive, et le 2 octobre, elle est telle que la malade demande elle-même à sortir de l'hôpital.

La douleur a complètement disparu, et les mouvements sont redevenus possibles, sauf toutefois aux angles limites, par suite d'une certaine ankylose.

OBSERVATION II. — Service du Professeur CARNOT, Hôpital Beaujon.
Rhumatisme chronique blennorragique ankylosant, oligo-articulaire.

Mme Germaine B., après s'être présentée à la consultation de l'hôpital Beaujon, entre dans le service du Professeur CARNOT, salle Gubler, le 7 septembre 1926, présentant du rhumatisme blennorragique de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

La malade est âgée de 23 ans.

Fin août 1926, de violentes douleurs articulaires généralisées l'obligèrent à s'aliter. Durant dix jours, elle se soigna chez elle à l'aide d'applications calmantes. En quatre ou cinq jours, les douleurs s'apaisèrent sauf dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, qui resta enflammée, tuméfiée et douloureuse.

La douleur est intense, empêchant tout sommeil et tout mouvement. Les médications calmantes n'ayant plus d'action, elle se présente à l'hôpital, où l'on fait le diagnostic de rhumatisme gonococcique.

Les 7 et 8 septembre, elle reçoit deux injections de vaccin antigonococcique, puis quatre injections de novar : 0,15 le 9 septembre ; 0,30 les 13, 16 et 20 septembre.

L'articulation malade s'ankylose et, après une légère amélioration obtenue les premiers jours, diminution de la douleur et de l'inflammation, le mal passe à la chronicité.

Le 27 septembre, on entreprend le traitement iodé : une ampoule de 0,50 d'iodo-benzométhyl-formine en injection intra-musculaire quotidienne, pendant dix jours.

Le 7 octobre, la malade accuse une amélioration sensible : la douleur spontanée a disparu, la pression est presque indolore ; seule l'ankylose persiste, mais, incomplète, elle ne progresse plus, et la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III. — Consultation de l'Hôpital de Saint-Denis, Docteur ARCHAMBAUD. — *Rhumatisme chronique. — Lombarthrie.*

M. J. Albert, vieillard sec et décharné de 68 ans, se présente, le 7 juillet 1926, à la Consultation externe de l'Hôpital de Saint-Denis, dans une attitude penchée en avant et appuyé sur une canne.

Il se plaint de douleurs vives à la région lombaire, de douleurs sourdes dans les deux genoux et la hanche droite, et de craquements lors des mouvements de ces articulations ; en outre, des crampes dans la cuisse droite le réveillent fréquemment dans la nuit.

Le malade raconte qu'il souffre depuis quatre à cinq semaines, et qu'il a dû cesser son travail de manœuvre le 15 juin. Il a suivi un traitement — qu'il ne peut d'ailleurs préciser, — une quinzaine de jours environ, sans aucune amélioration.

Aucun antécédent personnel ne peut être relevé et l'examen clinique montre une bonne constitution ; lui-même se déclare, « à part ses douleurs, de santé robuste ».

Au point de vue familial, notons que son grand-père paternel était atteint de sciatique.

Notre malade se soumet docilement au traitement par l'iodo-benzométhyl-formine, qu'il reçoit quotidiennement à partir du 9 juillet, à raison de deux ampoules de 5 cc., soit 1 gr. chaque fois.

Le 20 du même mois, il accusait spontanément une grande amélioration dans le domaine de ses articulations, accompagnée d'un bien-être général, et la disparition des crampes nocturnes.

Le traitement est néanmoins continué et, à la fin du mois d'août, le malade ne souffre plus, les craquements ont notablement diminué, et les mouvements sont beaucoup plus libres. Devant ces résultats obtenus, le traitement est suspendu.

Cependant, le 4 octobre, nous voyons notre malade revenir pour subir une nouvelle série de piqûres, accusant de nouveau des douleurs lombaires. Le traitement est ré-institué à la même dose quotidienne (1 gr.).

Le 11 novembre, toute douleur est disparue, tous les mouvements sont complètement libres, et le traitement est arrêté. Le malade nous quitte sur cette phrase : « Je marche maintenant comme un jeune homme de vingt ans. »

Le 3 décembre, M. J., Albert, reparait, mais cette fois, non pour réclamer des soins, mais pour faire constater la persistance de son excellent état de santé et nous remercier.

OBSERVATION IV. — Service du Docteur ARCHAMBAUD, Hôpital de Saint-Denis. — *Rhumatisme articulaire chronique.*

Mme Françoise H., âgée de 76 ans, de l'hospice de Saint-Denis, se plaint de douleurs dans les genoux, gênant la marche, dont le début remonte à 8 ans ; mais, tandis que dans les quatre premières années elle n'y portait pas attention, elle a dû, ensuite, consulter et se traiter. Les divers traitements subis n'apportèrent que des améliorations passagères, mais non la guérison permanente. Lassée, elle s'était fait une habitude de son état de santé et se contentait de l'influence calmante de l'aspirine lors des crises particulièrement douloureuses.

L'estomac ne toléra pas longtemps ce médicament et la malade, devant l'impossibilité de le continuer, nous demande de la soulager.

Elle se présente, le 11 juillet 1926, avec une douleur sourde dans le genou droit, douleur constante mais exaspérée par la marche et la pression au niveau de l'articulation. Il y a en outre une légère augmentation de volume et irradiation douloureuse vers l'aîne droite.

Le genou gauche également est douloureux, mais seulement à la marche et surtout à la pression ; il n'y a pas d'enflure.

L'épaule gauche est douloureuse et, par suite, les mouvements très limités.

En résumé, notre malade est une infirme qui marche difficilement et ne pouvant se passer de sa canne.

Elle dit avoir toujours été en bonne santé, et l'examen clinique ne dénote rien d'anormal. Cependant, à 43 ans, après l'accouchement de son huitième enfant, venu par le siège et mort pendant l'expulsion, elle fit une phlébite

qui l'immobilisa de longues semaines. Les six premiers enfants, dont deux furent mis au monde au forceps, sont morts de méningite entre 4 et 8 ans. Seul le septième est vivant et en bonne santé. Notre malade fut réglée de 17 à 43 ans.

Après une seule série de 15 ampoules d'iodo-benzométhyl-formine à 0,50, en injections intra-veineuses, dans le courant d'août 1926, les douleurs disparurent complètement, ainsi que l'enflure notée dans le genou droit, et la malade reprit la marche normale sans aide.

Depuis quatre mois, nous la voyons régulièrement et nous constatons chaque fois la persistance de son excellent état de santé.

OBSERVATION V. — Service du Docteur ARCHAMBAUD, Hôpital de Saint-Denis. — *Rhumatisme articulaire chronique déformant, typique.*

Mme Marie V., âgée de 59 ans, entre le 19 septembre 1926 dans le service du Docteur ARCHAMBAUD, à l'hôpital de Saint-Denis, atteinte de rhumatisme articulaire chronique déformant typique. Elle fait remonter le début de sa maladie à l'âge de 42 ans, date de sa dernière grossesse, à laquelle d'ailleurs elle attribue son mal.

C'était au mois de septembre, elle était alors laveuse au lavoir, des douleurs intercostales la gênaient dans son métier ; puis la cheville droite devint douloureuse en enfla, et la fièvre s'alluma. Tous ces symptômes, très marqués le matin, disparaissaient peu à peu au cours de la journée : la cheville semblait s'habituer au mouvement.

Dix-huit mois environ plus tard, apparaissent dans les coudes, les poignets et les jointures des doigts, des douleurs qui, calmées de temps à autre sous l'influence de médicaments variés, reparaissent plus tard.

Il y a dix ans, la déformation de ces régions articulaires commença, et actuellement la malade présente des déformations avec ankyloses très marquées et typiques des coudes, des poignets et des doigts en flexion. La préhension est presque impossible et les mouvements des avant-bras sont impossibles par ankylose complète à 120° pour le droit, à 90 pour le gauche. On note en outre de l'adénopathie épitrochléenne et axillaire.

Le genou droit en 1914, le gauche en 1924, furent pris également, progressivement, et aujourd'hui la malade ne peut se servir de ses membres inférieurs qu'avec une extrême difficulté, le droit étant en rectitude, le gauche en flexion à 120°.

Enfin, en 1926, au moins d'avril, la malade commence à sentir des douleurs dans l'épaule droite, qui, d'abord matinales et disparaissant par le mouvement au cours de la journée, progressent en durée pour enfin subsister toute la journée dès le mois d'août. En outre, les mouvements s'accompagnent de craquements. Une légère poussée thermique accompagne les crises douloureuses.

Au point de vue général, la malade est en bon état de santé et toutes les recherches cliniques restent sans autre résultat pathologique. La malade n'accuse aucune affection actuelle ou passée et plusieurs réactions de B. W. ont été négatives.

Dans le domaine obstétrical, on note six grossesses. L'une s'est terminée à 7 mois ; toutes les autres ont été normales. Un enfant est mort de méningite à l'âge de 4 ans. Les règles ont toujours été normales.

La malade a une sœur de 56 ans qui souffre d'une sciatique et de douleurs articulaires, mais elle ne présente aucune déformation articulaire.

Comme traitement, la malade reçut au cours de sa très longue maladie une thérapeutique assez variée. La médication calmante, employée à plusieurs reprises, n'eut d'autre rôle que de calmer la douleur, non de guérir le mal qui se réveillait dès la cessation du traitement. Le salicylate de soude et le salicylate de méthyle en particulier, fréquemment mis en œuvre, donnèrent des signes d'intolérance et durent être abandonnés.

Des séances d'électricité seules eurent une réelle action et donnèrent une amélioration sensible, des mouvements des poignets et des doigts.

Lorsqu'en 1924 elle fut pour la première fois hospitalisée par nous, de nouveau le salicylate de soude et de méthyle ne donna aucun résultat. Alors, malgré un Wassermann négatif, un traitement anti-spécifique fut entrepris qui ne fit d'ailleurs pas mieux.

Une seconde fois hospitalisée, le 19 septembre dernier, nous entreprîmes le traitement iodé, après un nouvel essai de salicylate et réaction de Wassermann négative. L'iodo-benzométhyl-formine fut administrée progressivement de 0,50 à 2 gr. quotidiennement en injections intra-musculaires, les intra-veineuses étant impossibles par suite de la flexion des membres. Cette dose (2 gr.) très bien tolérée fut maintenue pendant toute la durée du traitement qui se composa de trois séries de quinze, séparées par huit jours de repos.

Au cours de la première série, les douleurs de l'épaule droite, pour lesquelles la malade était venue consulter, se montrèrent de moins en moins vives, puis cessèrent par moments, pour enfin disparaître complètement, ainsi que l'adénopathie, vers le 1^{er} novembre.

En même temps, les mouvements de l'épaule devenaient de plus en plus libres, et le 15 novembre, les craquements ne se faisaient plus sentir.

Le traitement donc, par l'iodo-benzo-méthyl-formine, non seulement a pu arrêter l'évolution du mal, mais l'a fait régresser. Néanmoins, il n'a eu aucune action sur les déformations et ankyloses établies, ce qui n'est pas d'ailleurs pour surprendre.

OBSERVATION VI. — Service du Docteur ARCHAMBAUD, Hôpital de Saint-Denis. — *Rhumatisme articulaire chronique et périarthrite scapulaire de l'épaule droite.*

Mme Augustine F., actuellement âgée de 64 ans, fut blanchisseuse de profession jusqu'à 27 ans, et ménagère ensuite. A 32 ans, elle commence à

souffrir à la région lombaire. Vers 1920, le genou gauche est atteint de rhumatisme avec douleurs, fièvre et tuméfaction. Ces symptômes surviennent par crises, mais la malade ne s'arrête pas. Peu à peu, la région atteinte se déforme, avec augmentation de la partie interne du plateau tibial.

Il y a deux ans, c'est l'épaule droite qui, à son tour, est atteinte : douleurs qui réveillent la malade la nuit, mais qui se calment dans la journée. Depuis, elle a toujours souffert, et actuellement les mouvements de ce fait sont difficiles, surtout ceux de rotation et d'adduction. Il y a en outre une légère atrophie musculaire. Des craquements existent aux mouvements provoqués ainsi que dans l'épaule gauche qui, elle n'est pas douloureuse.

Des craquements existent aussi aux deux genoux et la malade accuse de fréquentes crampes dans les mollets.

Le poignet droit est également douloureux.

La malade n'a eu aucune grossesse ; elle présente actuellement de l'artériosclérose, elle dort mal, son sommeil est agité par des cauchemars, mais elle garde un bon appétit.

Sa mère est morte à 47 ans, bacillaire ; son père à 51 ans, d'urémie ; il était très rhumatisant, ainsi qu'un frère mort à 58 ans de laryngite tuberculeuse. Une sœur est décédée à Sainte-Anne. Son mari est mort de congestion cérébrale, il était atteint de mal de Bright.

Plusieurs traitements furent essayés au cours de sa maladie ; quelques-uns réussirent à calmer provisoirement les douleurs, mais non de façon permanente.

Dès le 20 juillet 1926, dix injections intra-musculaires de 1 gr. d'iodo-benzométhyl-formine furent faites. Ayant paru donner quelques résultats, mais la malade se plaignant encore beaucoup, nous décidons de l'hospitaliser afin de la mettre au repos complet et d'instituer le traitement intensif par injections intra-veineuses de deux ampoules par jour.

Au bout d'un mois de cette méthode, du 30 juillet au 1^{er} septembre, les mouvements sont plus faciles, les crampes n'ont plus lieu, et toute douleur a disparu, sauf dans la région scapulaire droite, qui reste seule atteinte, mais néanmoins très améliorée, à tel point que la malade, sortie de l'hôpital sur sa demande, ne revient pas nous voir aussitôt.

Le 2 octobre, l'état restant le même, Mme F. se présente à nouveau, réclamant la reprise du traitement.

Ce dernier est fait jusqu'au 11 novembre, toujours à raison de 1 gr. par jour. A cette date, la malade se déclare complètement guérie : douleurs, crampes, craquements, tout a disparu, et les mouvements sont complètement libres. En outre, elle avoue une sensation de bien-être général inconnue jusqu'alors.

OBSERVATION VII. — (Communiquée) Service de la Consultation, Docteur TIXIER, Hôpital Broca. — *Rhumatisme articulaire chronique.*

En 1923, Mme P., 32 ans, sans profession, vint consulter à l'hôpital Broca, dans le service du Docteur TIXIER, pour gonflement et douleur de l'extrémité inférieure du radius, et de l'articulation radio-carpienne des deux poignets.

Elle fait remonter le début de sa maladie à deux ans, où elle commence par de la douleur et du gonflement au niveau des gros orteils et de la plante des pieds, sans cependant remarquer une augmentation de température. Puis, le mal gagne successivement les poignets, les doigts et le genou gauche.

La malade présente un gonflement marqué des poignets, surtout à droite ; les doigts sont atrophiés, fuselés, avec gonflement au niveau des articulations phalango-phalangiennes. Peu de douleur à la palpation, mais douleurs spontanées la nuit. Peu d'atrophie musculaire des régions carpo-métacarpiennes, mais hypotonie des muscles de l'avant-bras. Gêne des mouvements articulaires.

A gauche, les phénomènes sont moins marqués.

Le genou gauche est également atteint : il y a un gonflement très net, mais pas de choc rotulien. Par la pression, on fait naître de la douleur à la partie interne du plateau tibial. Il n'existe pas de ganglions. La cuisse est notablement atrophiée et la flexion est limitée.

Rien de pathologique ne peut être relevé dans l'examen des divers appareils. La réaction de Wassermann est négative ; néanmoins, un traitement par le sulfarsénol est institué. Toute une série est faite, mais une grosse érythrodermie généralisée apparaît fin août 1923. On supprime l'arsenic, et le 8 octobre 1923 on utilise l'huile grise. Une grosse hydarthrose du genou gauche y fait suite. On emploie alors le muthanol, qui est mal supporté.

Ces divers traitements donnent ainsi des signes d'intolérance, et sont sans influence heureuse sur la maladie.

Le 8 décembre 1923, on commence une cure d'iodo-benzo-méthyl-formine, par injections intra-veineuses, qui se poursuit jusqu'au 10 février 1924.

Alors apparaît une amélioration sensible, et cela sans accident de la part du médicament.

Cependant, quelques douleurs nocturnes et quelques raideurs articulaires persistent, mais qui n'obligent pas la malade à continuer à se faire soigner et elle reste plusieurs mois sans traitement.

En novembre 1924, la malade recommence à souffrir du genou gauche et du poignet droit, et présente un début de déformation du médius droit. Le muthanol lui est ordonné du 6 novembre au 5 décembre. La malade souffre de plus en plus et après un mois de traitement sans le moindre résultat, on le remplace à nouveau par l'iodo-benzométhyl-formine. Après une poussée articulaire des poignets et des petites articulations de la main droite, l'état général s'améliore, la malade augmente de poids et les mouvements deviennent plus libres dans les genoux.

En août 1925, une nouvelle poussée douloureuse a lieu dans l'articulation radio-carpienne droite, et il y a de l'épaississement des articulations phalango-phalangiennes des doigts.

On donne tour à tour de l'iodure de potassium, du muthanol, de l'éranol, qui, sauf le dernier qui paraît agir, faiblement d'ailleurs, sur les douleurs, ne donnent aucun résultat.

En résumé, parmi les nombreux médicaments employés chez cette malade, seul l'iodo-benzométhyl-formine a donné des résultats satisfaisants.

OBSERVATION VIII. — Service du Docteur TIXIER, Hôpital Broca.
— *Rhumatisme articulaire chronique déformant, d'origine spécifique.*

Mme R., âgée de 40 ans, brocheuse à Meaux, se présente dans le service du Docteur TIXIER, à l'Hôpital Broca, le 22 octobre 1925, avec des déformations rhumatismales de l'articulation tibio-tarsienne du pied gauche et des petites articulations de la main gauche. Elle souffre particulièrement la nuit, et elle est alitée depuis 32 mois.

Les réflexes rotuliens sont abolis et il existe un faible « Argyll ». Il faut encore noter trois fausses couches, parmi les sept grossesses qu'a eues notre malade.

La maladie commença en 1920, par des douleurs progressives, et tuméfaction des articulations de la main gauche et de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Le 22 octobre 1925, est institué un traitement mixte par bismuth et iodo-benzométhyl-formine.

Un mois plus tard, la malade accuse une grosse amélioration, elle peut se servir de sa main gauche, ce qu'elle ne pouvait faire jusqu'alors.

Le bismuth est arrêté, mais une nouvelle cure d'iodo-benzométhyl-formine est commencée, suivie d'un traitement au muthanol, pendant le mois de décembre 1925.

En janvier et février 1926, une troisième cure iodée par injections d'iodo-benzo-méthyl-formine est instituée, accompagnée de quelques piqûres de muthanol.

Au mois de mars, l'amélioration est telle que la malade dort mieux, ne souffre plus, et se lève.

Néanmoins, pour parfaire la guérison et prévenir les récidives, deux nouvelles séries d'injections d'iodo-benzométhyl-formine sont ordonnées en avril et en juin 1926.

OBSERVATION IX. — Service du Docteur ARCHAMBAUD, Hôpital de Saint-Denis. — *Rhumatisme chronique déformant généralisé, type en extension pour les doigts.*

Mlle Maria M., âgée de 66 ans, entre à l'Hôpital de Saint-Denis le 2 décembre 1926, où elle occupe le lit n° 13 du Pavillon 1, dans le service du Docteur ARCHAMBAUD.

Elle se plaint de douleurs dans les articulations, existant depuis plus d'un an, douleurs qui, d'abord sourdes et nocturnes surtout, augmentèrent jusqu'à un degré tel qu'elle fut obligée d'abandonner ses occupations de professeur de français en Pologne.

En 1916 déjà, Mlle Maria M. avait eu une légère poussée douloureuse dans le genou droit, avec tuméfaction assez marquée et légère température ; pendant quelques mois, elle avait ressenti, de ce fait, une certaine gêne de la marche, mais elle n'y avait guère porté attention.

En 1919, c'est le genou gauche qui, à son tour, accusait une gêne sourde, lors des mouvements.

Mais c'est en 1925, au mois d'octobre, que s'installe réellement le mal. A ce moment, des douleurs articulaires généralisées apparaissent, exaspérées la nuit, surtout dans les épaules, le dos, les genoux, les poignets.

Cependant, elle n'interrompt pas ses occupations et ce n'est qu'en mai 1926 qu'elle est obligée de s'aliter, les genoux étant enflés et la douleur telle que la marche devient impossible .

Par la, suite sous l'influence de médications calmantes, des périodes de mieux lui permettent parfois de se lever ; mais l'ankylose s'installe et les déformations évoluent progressivement jusqu'à l'état que nous décrirons dans un instant.

En 1885, elle avait contracté la fièvre typhoïde dont elle guérit sans séquelle ; en 1902 c'est la diphtérie qui l'immobilise ; mais ce sont là les deux seules maladies qu'elle connaisse, ayant toujours été, dit-elle, en bonne santé. Elle n'eut aucune grossesse, fut toujours très bien réglée, et elle n'accuse actuellement rien d'anormal dans son état de santé.

Le 2 décembre 1926, à son entrée à l'hôpital, notre malade se présente complètement impotente, souffrant de toutes ses articulations, et ne pouvant quitter le lit.

Elle ne fait pas de température, ne présente rien de particulier au cœur, ni aux poumons, elle urine bien, le tube digestif est normal, mais elle n'a pas d'appétit et dort bien mal ; la douleur est plus marquée la nuit, des crampes la réveillent fréquemment. Elle présente en outre une sudation extrêmement abondante et continue, des mains et des pieds. Les membres sont atrophies, dont les tissus sont mous et flasques.

La réaction de Wassermann est négative. Comme antécédents héréditaires, relevons que la mort de son père et de ses deux frères est due à la tuberculose pulmonaire.

Ses bras ne peuvent s'élever au-dessus de l'horizontale, et ses mouvements s'accompagnent de craquements.

Les avant-bras ne peuvent se mettre en rectitude sur les bras ; il y a une limitation marquée des mouvements d'extension du coude.

Le poignet droit est complètement ankylosé, le gauche ne peut accomplir tous les mouvements et ceux qui sont possibles ne le sont qu'avec difficulté.

Les doigts sont maigres, fuselés et déformés en type extension, mais conservent tous leurs mouvements.

Les genoux sont globuleux, douloureux à la station debout, douloureux à la pression. L'extension des jambes sur les cuisses est limitée à 160°, la flexion de la jambe droite est impossible, celle de la jambe gauche ne dépasse pas les limites de l'angle droit.

Lors des mouvements des mâchoires, des craquements se font entendre dans les articulations temporo-maxillaires.

Dès le 4 décembre, la malade est soumise au traitement iodé intensif ; elle reçoit quotidiennement une injection d'iodo-benzo-méthyl-formine ; la dose primitive de 0,50 est vite portée à 1,50 et même 2 gr. par jour ; elle est maintenue pendant toute la durée du traitement sans le moindre incident.

Le 20 décembre, après une série de quinze injections, la malade se déclare nettement mieux : la douleur a presque disparu, l'appétit est excellent, le sommeil est revenu, elle pèse 50 kgs 800, en augmentation de 1 kg. 300 sur son poids d'entrée à l'hôpital.

Nous la faisons lever, et, à son grand étonnement, elle fait quelques pas. Les déformations et les ankyloses déjà signalées rendent la station debout et la marche difficiles, mais elles sont possibles, ce que la malade ne pouvait faire jusqu'alors. Les mouvements des bras sont plus libres, beaucoup moins douloureux.

Après quelques jours de repos, une nouvelle série d'injections est entreprise, toujours à la même dose de 2 gr. par jour, et toujours très bien supportée.

Le 5 janvier 1927, la malade annonce que toute douleur a disparu. Nous lui ordonnons de se lever chaque jour, ce qu'elle fait et, à l'aide des objets qui l'entourent, malgré son peu d'assurance dû à un séjour au lit excessivement long, malgré les ankyloses qui persistent et qui gênent considérablement la malade, en limitant ses mouvements et gênant la station debout, elle arrive à aller et venir dans la salle.

Le 16 janvier, une deuxième pesée met en évidence une nouvelle augmentation de poids : 52 kgs 400, soit un gain de 1 kg. 600.

Le 17 janvier, devant les résultats obtenus, la malade quitte l'hôpital.

En l'espace de six semaines, deux séries de quinze injections intra-veineuses de 2 gr. par jour d'iodo-benzométhyl-formine, séparées par huit jours de repos, ont, sans le moindre incident, permis à la malade :

1° De se débarrasser de la douleur et des crampes ;

2^o De faire disparaître les craquements articulaires, notamment ceux des articulations temporo-maxillaires ;

3^o De reprendre la marche ;

4^o De récupérer la majeure partie de ses mouvements, ceux-ci n'étant plus limités que strictement par l'ankylose établie et contre laquelle la médication n'a eu aucune action ;

5^o De bénéficier d'un sommeil normal et d'un excellent appétit ;

6^o De porter son poids de 49 kgs 500 à 52 kgs 400, soit un gain de 3 kgs environ.

OBSERVATION X. — Consultation de l'Hôpital de Saint-Denis, Docteur ARCHAMBAUD. — *Rhumatisme chronique de la main droite.*

Mme veuve B., Fanny, âgée de 70 ans, se présente le 5 janvier 1927 à la consultation de l'Hôpital de Saint-Denis, se plaignant de douleurs et de raideur des articulations de la main et des doigts droits. Tous les mouvements sont douloureux, et la nuit des douleurs spontanées réveillent la malade, ainsi que des migraines qui la font souffrir fréquemment.

Les extrémités osseuses des phalanges sont hypertrophiées, mais, quoique les mouvements des articulations soient difficiles et que l'on ressente une certaine raideur, il n'y a pas d'ankylose vraie.

Mme veuve B. n'accuse aucune autre maladie, ni antécédents pathologiques et l'examen des divers appareils montre un bon état général. Elle fut réglée jusqu'à 46 ans et eut six grossesses. Cinq enfants sont morts en bas âge, entre un et six mois. Un garçon, de 36 ans actuellement, est en bonne santé. Son mari, de santé robuste, est mort accidentellement lors d'une chute où il se fractura la colonne vertébrale.

Jusqu'à 64 ans, elle exerça la profession de blanchisseuse. Actuellement, elle s'occupe en réparant les matelas.

A partir du 6 janvier 1927, nous faisons quotidiennement une injection de 10 cc. d'iodo-benzo-méthyl-formine.

Le 12 janvier, elle nous fait part spontanément des longues nuits qu'elle passe à dormir, et d'un état de bien-être général dont elle se sent envahie.

Le 15, elle n'accuse plus que quelques rares douleurs dans les doigts.

Le 20, la malade conserve encore une certaine douleur diffuse dans la main ; elle indique les trajets tendineux ; mais nous montre la liberté complète des mouvements de la main et des doigts.

Le 21, nous suspendons le traitement pour quelques jours après quinze injections.

OBSERVATION XI. — Service du Docteur BRODIN, Hôpital Saint-Antoine. — *Rhumatisme chronique tuberculeux.*

M. D., Alphonse, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 31 décembre 1926, où il occupe le lit n° 5 de la salle Magendie, se plaignant de vives douleurs dans les deux poignets et les articulations des doigts, qui empêchent tout mouvement de flexion.

M. D. est teinturier de son état, et se voit atteint de cette affection pour la première fois, qui est apparue subitement, sans cause apparente, quelques jours auparavant. Il ne se plaint d'aucune maladie présente ou passée, n'a ni albumine ni sucre, mais il tousse un peu, sans expectoration notable. Il dit avoir beaucoup maigri : il a pesé jusqu'à 65 kgs, dit-il ; pesé, en effet, dans le service, le 28 janvier 1927, son poids n'est plus que de 57 kgs. A la même date, un abcès apparaît à la marge de l'anüs.

Le malade ne présente ni déformation, ni ankylose des articulations ; la difficulté des mouvements n'est due qu'à la douleur. La température n'est pas élevée, elle oscille entre 36,8 et 37,8.

Du 2 au 8 janvier, ce malade reçoit du salicylate de soude : le médicament ne fait pas merveille comme l'on s'y attendait, et le malade n'annonce qu'une légère amélioration : les douleurs, moins vives, permettent quelques mouvements.

Jusqu'au 15 janvier, aucune amélioration ne se manifeste, ni dans la douleur, ni dans le mouvement. On entreprend alors le traitement iodé par l'iodo-benzométhyl-formine. A la troisième piqûre, malgré les petites doses employées : une ampoule intra-musculaire tous les deux jours, M. D. accuse un mieux sensible : les douleurs ont notablement diminué, les mouvements de flexion des doigts atteignent la moitié de leur amplitude normale et les poignets sont complètement libres.

Le 7 février, à la douzième injection, le malade parvient à manger seul, ce qu'il ne pouvait faire jusqu'alors.

A la quinzième injection, on arrête la première série de piqûres.

Revu le 26 février, M. D. présente un état stationnaire, mais il est certain que malgré la douceur du traitement une réelle amélioration a eu lieu.

Avant de clore cette liste d'observations, nous nous permettrons de citer celle qu'un de nos collègues, M. FITTE, a eu l'amabilité de nous communiquer. Il s'agit ici, non de rhumatisme chronique, mais d'une sciatique rebelle à tout traitement, guérie rapidement par l'iodo-benzométhyl-formine.

Le rhumatisme chronique et la sciatique ont cela de commun qu'ils évoluent tous deux sur le même terrain, et qu'ils ont la douleur comme signe primordial et précoce.

Il est probable que le médicament agit de la même façon dans les deux affections et c'est comme tel, que nous avons cru devoir mentionner cette observation.

Nous avons vu que les douleurs rhumatismales étaient jugulées en quelques jours seulement de traitement ; ici, il en est de même et nous en concluons que l'iode, et en particulier l'iodo-benzométhyl-formine est un sédatif puissant de ces douleurs.

Service du Docteur LASSERRE, Hôpital Saint-Léon, Bayonne. — *Sciatique* (observation communiquée).

M. B., Robert, 24 ans, étudiant en Droit et surveillant dans un lycée, présente en juin 1926 des douleurs très violentes au point d'émergence du sciatique droit, et sur tout son trajet. Impossibilité presque absolue de faire de grands mouvements.

Histoire de la maladie :

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : ni blennorragie, ni syphilis. Notre malade, grand pêcheur, raconte qu'il lui arrive très souvent de s'asseoir sur les berges humides des rivières.

Début : en avril 1924, les premières douleurs apparaissent au milieu de la partie postérieure de la cuisse droite ; ces douleurs, d'abord légères, augmentent en intensité jusqu'en septembre, date à laquelle le malade se trouve gêné dans la marche. Puis, jusqu'en mai 1925, les douleurs sont parfois si vives qu'elles lui interdisent tout travail.

Pendant cette période, il consulte divers médecins qui lui font des massages, des pointes de feu, des bains de lumière, sans aucun résultat. Les remèdes des quatrième pages de journaux n'ont pas davantage de succès.

Mobilisé peu après, ce jeune homme passe la visite et entre à l'hôpital de Toulouse, le 19 juin 1925, où il reste jusqu'au mois d'août. Radiographié, aucune lésion osseuse n'apparaît ; étant donné les douleurs très vives ressenties, on avait alors pensé à une lésion de l'articulation coxo-fémorale.

Voici le traitement suivi durant ces trois mois : tous les jours, bains de lumière pendant vingt minutes, courant continu, pendant vingt minutes également.

Il sort de l'hôpital avec un léger mieux, qui dure un mois environ.

Puis les douleurs reprennent, gêne de la marche, impossibilité absolue de changer de position la nuit sous peine de souffrances atroces, etc...

Le malade se met alors à prendre trois à quatre comprimés par jour de métsaspirine d'abord, puis d'aspirine ; il va jusqu'à huit par jour lorsque la douleur est particulièrement intense et tenace.

En février et mars 1926, on lui fait douze séances de rayons ultra-violets, sans aucun résultat.

En juin 1926, lorsque nous le voyons pour la première fois, il prend quatre à six comprimés d'aspirine par jour, ce qui lui permet d'assurer son service.

Nous entreprenons alors une série de traitement, qui s'échelonnent de juin à mi-août 1926 :

Chlorure d'éthyle sur le trajet du nerf ; aucun résultat durable.

Injections épidurales de novocaïne ; les douleurs paraissent exacerbées.

Injections intra-musculaires de bleu de méthylène, au nombre de cinq, au niveau du point d'émergence du sciatique ; aucun effet.

Le malade prend toujours la même dose d'aspirine ; il remarque que vers 11 et 16 heures, il lui est souvent impossible de marcher.

Le 1^{er} novembre 1926, nous faisons une injection intra-veineuse de 5 cc. d'iодо-benzométhyl-formine. Nous la renouvelons tous les jours environ jusqu'au début du mois de décembre, date à laquelle notre malade part en vacances.

Vingt injections sont ainsi faites : les dix premières à la dose de 5 cc., les dix dernières à 10 cc. Aucun incident n'est à signaler pendant ce traitement. Seule un peu de rougeur de la face apparaît lorsque l'injection est poussée trop vite.

Dès la quatrième piqûre, un mieux sensible se manifeste : le malade dort la nuit, ne prend plus de cachets, retrouve une certaine aisance dans ses mouvements, peut se chausser, et même courir sans trop de douleur. Ce mieux s'accentue jusqu'au 16 décembre 1926.

A cette date, M. B. part en vacances. Il fait des excès de table ; malgré cela, il ne prend plus d'aspirine et a retrouvé sa tranquillité et sa souplesse d'autrefois.

Le 5 janvier, son état paraît stationnaire. Nous reprenons le traitement en injections intra-veineuses tous les deux jours : 1^{re} piqûre : 5 cc. ; 2^e et 3^e piqûres : 10 cc. ; 4^e, 5^e et 6^e piqûres : 15 cc.

Son état s'améliore et la guérison complète paraît proche.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Le rhumatisme chronique est une affection dont l'étiologie n'est pas encore exactement connue ; de là provient l'empirisme de la thérapeutique employée vis-à-vis d'elle, et la diversité des traitements préconisés.

Cependant, d'après les dernières recherches, la classification étiologique des rhumatismes chroniques tendrait à se simplifier, jusqu'à se réduire aux deux grandes classes de rhumatisme chronique infectieux et rhumatisme chronique toxique. Ces deux sortes de rhumatismes évolueraient nécessairement sur un terrain spécial, le terrain rhumatismal ou arthritique.

Le traitement rationnel doit donc être à la fois symptomatique, anti-infectieux et modificateur de la diathèse arthritique.

L'iode est actuellement le meilleur médicament remplissant ces trois fonctions : c'est le sédatif certain de la douleur rhumatismale chronique ; c'est un antiseptique puissant, microbicide et antitoxinique, enfin c'est le modificateur de choix de la diathèse arthritique et un stimulant énergique des fonctions endocriniennes.

En conséquence, à côté des différentes médications employées pour combattre l'agent infectieux, spécial pour chaque forme de rhumatisme chronique, à côté de la diététique, de l'hygiène et de l'opothérapie mises en œuvre pour rétablir les fonctions troublées par l'état arthritique, un traitement de base, commun à toutes les formes de rhumatisme chronique, quelle qu'en soit l'origine, doit être institué : le traitement iodé, qui doit occuper une place prédominante dans la thérapeutique du rhumatisme chronique.

Mais il faut que l'iode soit bien toléré, ce qui n'est pas toujours le cas, et nous connaissons les accidents qui peuvent survenir au cours d'un tel traitement, et que l'on résume sous le nom d'iodisme.

Quoique rares et souvent bénins, il faut les éviter en n'employant qu'une préparation iodée définie, constante, facilement supportée, ne donnant aucun signe d'intolérance, même à doses élevées, présentant tous les avantages de l'iode, sans en avoir les inconvénients.

L'iodo-benzométhyl-formine nous a donné toute satisfaction à ce sujet.

C'est un corps individualisé, résultant de la réaction de l'iode sur l'exhaméthylène-tétramine en présence d'un éther benzométhylique. Il a le grand avantage d'être injectable soit dans les veines, soit dans les muscles et de pouvoir être utilisé à doses élevées. L'iode y entre dans la proportion de 42 0/0, y conserve ses propriétés fondamentales et y perd ses effets toxiques par l'association avec l'urotropine. La solution étant au 1/10^e, chaque ampoule de 5 cc. renferme 0,21 d'iode. L'urotropine apporte son pouvoir antiseptique puissant de l'appareil urinaire et ses propriétés hépatiques.

La voie intra-veineuse est la meilleure, parce que absolument indolore et d'action plus rapide, mais il faut pousser le liquide très lentement, afin d'éviter un malaise possible et la saveur métallique ressentie parfois. Les injections intra-musculaires provoquent souvent une sensation de cuisson ou d'engourdissement, vite dissipée d'ailleurs.

Les doses sont variables selon le degré de rhumatisme, mais la progression devra toujours être utilisée si les hautes doses doivent être employées ; de même, dans ces cas, il est préférable de recourir aux injections bi-quotidiennes.

Les cas bénins se verront heureusement influencés par une ampoule de 5 cc. par 24 heures, en une ou deux séries de douze injections, séparées par quelques jours de repos. Les cas rebelles, au contraire, nécessiteront jusqu'à cinq et six ampoules quotidiennes, et plusieurs séries.

Ce traitement sera prolongé aussi longtemps qu'il sera nécessaire, pendant plusieurs mois.

L'expérimentation confirme l'innocuité absolue de la méthode ; quelles que soient les doses employées et la longueur du traitement, on ne constate jamais de phénomènes de choc ou d'iodisme, ni aucun signe d'intolérance. Elle ne provoque aucune réaction thermique.

La douleur rhumatismale disparaît la première : en quelques jours, à la quatrième ou sixième injection, elle est fortement diminuée, si ce n'est complètement éteinte. En même temps, une sensation de bien-être envahit le malade, le sommeil reparaît, il mange mieux, et se reprend à espérer.

En second lieu, les mouvements reparaissent, d'abord par la sédation de la douleur qui supprime la contracture réflexe, ensuite par résolution des tissus de nouvelle formation, par guérison des lésions d'ostéo-arthrite, d'hyperostose, qui conditionnent l'ankylose et les déformations. Le malade augmente de poids.

Les déformations acquises, seules, ne sont et ne peuvent être influencées par le médicament.

La prolongation du traitement consolide la guérison.

Vu le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

L. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTAULT. — Lymphothérapie dans les rhumatismes. — *Société de thérapeutique*, Séance du 10 décembre 1924. — *Gazette des Hôpitaux* du 10 janvier 1925.
- ASTIER. — Formulaire et Thérapeutique générale. — Paris 1925.
- ATKISON. — Classement des rhumatismes chroniques et traitement. — *American Journal of Clin. Medic.*, 1920.
- BENNHOLD. — Un cas d'insuffisance cardiaque mortelle par intoxication thyroïdienne après usage d' « Halkajod ». — *Presse*, 23 octobre 1926.
- BESANÇON et DE JONG. — Action de l'iode et des iodures sur le corps thyroïde du cobaye sain et tuberculeux. — *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, juin 1914.
- BLIND. — Rhumatisme thyroïdien. — *Société de Médecine de Paris*, 13 mai 1921.
- BOURCET. — Recherche et dosage calorimétrique de l'iode dans les réactions organiques. — *C. R. A. des Sc.*, 1899.
- CANAC. — L'émanation du radium dans la goutte et le rhumatisme. — *Thèse* Lyon 1913.
- CARNOT et BLAMOUTIER. — Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique. Amélioration très nette par le traitement arsenical. — *Bulletin de la Société des Hôpitaux*, p. 833. — Séance du 8 juin 1923.
- CLÉMENT. — Le rhumatisme chronique au Congrès de Bath. — *Presse Médicale*, 6 février 1926.
- CHAVANY. — Le rhumatisme chronique et son traitement. — *La Clinique*, juillet 1926.
- COLLET. — Précis de pathologie interne, tome II, 1926.
- CURTIL. — Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. — *Thèse*, Paris 1925.
- DELPEUCH. — Histoire des Maladies ; la goutte et le rhumatisme, Paris 1900.
- DUFOUR. — Le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique. — *Monde Médical*, 1^{er} décembre 1925.
- EIMER. — Les dangers du traitement par l'iode. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*, juillet 1925.

- FORESTIER. — Diabète, Goutte, Obésité, Oxalémie, Rhumatisme chronique.
— *Les consultations journalières*, Paris 1926.
- GAUTHIER. — L'iode dans les végétaux et les algues. — *C. R. Académie des Sciences*, 1899.
- GEISMAR. — Du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique, Paris 1922.
- GILLET. — Essai de classification du rhumatisme chronique. — *Bulletin Médical*, 12 septembre 1925.
- HENDRIX. — Rhumatisme déformant traité par l'héliothérapie artificielle.
— *Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 9 mai 1925. — *Presse Médicale*, 30 mai 1925.
- HERZEN. — Formulaire de thérapeutique, Paris 1925.
- JEANINE. — Iodisme constitutionnel. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mai 1899.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Anémie pernicieuse consécutive à des injections multiples de thorium X. — *Quinzaine Médicale*, décembre 1926.
- LASSEDAT. — Teinture d'iode, médication interne. — *Thèse*, Paris 1920.
- LAUMONNIER. — Pharmacodynamie comparée des iodes thérapeutiques. — *Revue de Chimiothérapie*, novembre-décembre 1924.
- LE GENDRE. — Diathèse arthritique et troubles de la nutrition. — *Nouveau traité de Médecine*, de Teissier-Widal-Roger, fascicule VII, Paris 1924.
- LÉRI et THOMAS. — Le thorium X dans le traitement du rhumatisme chronique. — *Bulletin Médical*, n° 22, 1922.
- LÉVI. — Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique. — *Journal Médical Français*, 5 mai 1912.
- LÉVY-FRANCKEL, JUSTER et LACROIX. — Traitement du rhumatisme chronique déformant par l'insuline. — *Société de thérapeutique*, Séance du 10 décembre 1924 ; *Gazette des Hôpitaux*, 10 janvier 1925.
- LORTAT-JACOB. — L'iode et les moyens de défense de l'organisme. — *Thèse*, 1903.
- LYON et LOISEAU. — Formulaire thérapeutique, Paris 1925.
- MARINESCO. — Rhumatisme chronique. — *Nouveau traité de Médecine de Roger-Widal-Teissier*, fascicule XXII, Paris 1924.
- MATHIEU-PIERRE WEILL. — L'hypercalcémie du rhumatisme chronique. — *Société de Biologie*, Séance du 24 mars 1923 ; *Presse Médicale*, 28 mars 1923.
- MÉNARD. — Rhumatisme Chronique thyroïdien. — *Thèse*, Paris 1908.
- MEYER et BISCH. — Traitement des arthrites chroniques déformantes par le soufre. — *Klin., Wochs*, 18 mars 1922.
- MILIAN. — A propos du rhumatisme déformant. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, page 102, Séance du 25 janvier 1923.

- MOSSÉ. — Contribution à l'étude du rhumatisme endocrinien. — *Société de Médecine de Toulouse*, Séance du 20 mars 1926 ; *Presse Médicale*, 5 mai 1926.
- NIEL. — Etude clinique et thérapeutique de quelques cas de rhumatisme chronique. — *Thèse*, Paris 1925.
- PARÈS. — Mésothorium, Action thérapeutique, particulièrement dans les manifestations rhumatismales. — *Thèse*, Paris 1920.
- PELLE. — Tuberculose et rhumatisme. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, p. 1141, Séance du 18 juillet 1924.
- PONCET et LERICHE. — Le rhumatisme tuberculeux, Paris 1909.
- POUCHET. — L'iode et les iodiques, 1906.
- REYNAUD. — Le phényl-cinchoninate d'allyle, solvant de l'acide urique. — *Thèse*, Paris 1925.
- RICHAUD. — Précis de thérapeutique et de pharmacologie, Paris 1921.
- ROEDERER. — Quelques cas de rhumatisme vertébral chronique. — *Société de Médecine de Paris*, Séance du 24 avril 1926 ; *Bulletin Médical*, 5 juin 1926.
- SCHIMAK. — Contribution à l'étude du Basedow par ingestion d'iode. — *Wiener Klinische Wochenschrift* ; *Presse Médicale*, 23 octobre 1926.
- SERGENT. — Glande thyroïde et rhumatisme. — *Monde Médical*, 1925, pages 537 et 547.
- SERR. — Considération sur un cas de rhumatisme chronique traité par les boues radio-actives actinifères. — *Société de Médecine de Toulouse*, Séance du 31 mars 1925 ; *Presse Médicale*, 18 avril 1925.
- TEISSIER et ROQUE. — Rhumatisme chronique déformant. — *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, fascicule VIII, 1906.
- THIROLOIX. — Médication iodée dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique. — *Société Médicale des Hôpitaux*, Séance du 8 juin 1923 ; *Presse Médicale*, 13 juin 1925.
- THIROLOIX. — Médication iodée intensive dans le traitement du rhumatisme chronique. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 24 juin 1926, Séance du 18 juin 1926.
- TIXIER. — Maladies des articulations. — *Précis de pathologie chirurgicale* (Neuf agrégés), tome I, Paris 1924.
-

P. GOURJON, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris.
